



แนวทางการให้บริการวัคซีน โควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี



กรมควบคุมโรค
10 สิงหาคม 2565

แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น
สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี

กรมควบคุมโรค
10 สิงหาคม 2565

แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็กอายุ 5 – 11 ปี

ที่ปรึกษา

นายแพทย์โอภาส การย์กวินพงศ์

ดร.สุภัทธร จำปาทอง

นายแพทย์สุเทพ เพชรมาก

นายแพทย์โสภณ เอี่ยมศิริถาวร

นายแพทย์วิชาญ ปาวัน

อธิบดีกรมควบคุมโรค

ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ

หัวหน้าผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข

รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

ผู้อำนวยการกองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

คณะบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์แพทย์หญิงกุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ

นายแพทย์สรายุทธ์ บุญสุข

แพทย์หญิงจุไร วงศ์สวัสดิ์

นายแพทย์ชนินันท์ สนธิไชย

แพทย์หญิงปิยดา อังศุวัชรากร

นางสาวปรารณพิชญ์ วิหารทอง

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

รองอธิบดีกรมอนามัย

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค

แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น ในเด็กอายุ 5 - 11 ปี

10 สิงหาคม 2565

1. กำหนดการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายในการให้วัคซีนโควิด 19 ในประชาชนไทย โดยเริ่มให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2565 จากผลการศึกษาระดับภูมิคุ้มกันในตัวที่ได้รับวัคซีนพบว่า ไม่ว่าจะฉีดด้วยสูตรไขว้วัคซีน Sinovac กับวัคซีน Pfizer หรือวัคซีน Pfizer 2 เข็ม สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้สูง แต่ระดับภูมิคุ้มกันลดต่ำลงภายหลังได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจไม่เพียงพอต่อการป้องกันโรคโดยเฉพาะสายพันธุ์โอมิครอน และเมื่อฉีดกระตุ้นเป็นเข็มที่ 3 จะทำให้ระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้นมาก และป้องกันสายพันธุ์ที่กลายพันธุ์ได้ดีขึ้น โดยจากการศึกษาเปรียบเทียบในผู้ใหญ่พบว่า วัคซีนชนิด Pfizer กระตุ้นภูมิคุ้มกันได้สูงกว่าวัคซีนเชื้อตาย ซึ่งมีอัตราการเกิดอาการข้างเคียงมากกว่าวัคซีนเชื้อตาย แต่ไม่รุนแรง อย่างไรก็ตาม การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นทุกชนิดสามารถลดความรุนแรงของโรคได้ดี

ที่ประชุมคณะกรรมการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ครั้งที่ 5/2565 วันที่ 2 สิงหาคม 2565 และที่ประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ครั้งที่ 476 เมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2565 มีมติให้คำแนะนำการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น ในเด็กอายุ 5-11 ปี เพื่อกระตุ้นภูมิคุ้มกันในกลุ่มเป้าหมายในสูงเพียงพอต่อการป้องกันการเจ็บป่วยรุนแรง และการระบาดของโรคโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11ปี จึงแนะนำแนวทางการพิจารณาการให้วัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นในเด็กอายุ 5-11 ปี ดังนี้

1.1 กรณีที่ยังไม่เคยติดเชื้อโควิด 19 มาก่อน แนะนำการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น ในกลุ่มเป้าหมายอายุ 5-11 ปี ดังนี้

1.1 หากได้รับวัคซีนครบ 2 เข็มแล้ว แนะนำให้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น 1 เข็ม หลังการได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยสามารถรับวัคซีนได้ทุกชนิดและขนาดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทยตามช่วงอายุ

1.2 กรณีที่มีประวัติเคยติดเชื้อโควิด 19 แนะนำการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในกลุ่มเป้าหมายอายุ 5-11 ปี ดังนี้

2.1 หากไม่เคยได้รับวัคซีน หรือได้รับวัคซีน 1 เข็ม* แนะนำให้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น 1 เข็ม หลังจากติดเชื้อตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป โดยสามารถรับวัคซีนได้ทุกชนิดและขนาดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทยตามช่วงอายุ

2.2 หากได้รับวัคซีนครบ 2 เข็มแล้ว* ยังไม่แนะนำให้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นในขณะนี้ เนื่องจากได้รับการกระตุ้นภูมิคุ้มกันจากการติดเชื้อแล้ว

หมายเหตุ: * วัคซีนโควิด 19 ทุกชนิด

รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 กำหนดการให้วัคซีนโควิด 19 เข็มที่ 1, 2 และเข็มกระตุ้น ในเด็กอายุ 5-11 ปี

กรณียังไม่เคยติดเชื้อโควิด 19 มาก่อน

	เข็มที่ 1	ระยะห่างระหว่างเข็ม	เข็มที่ 2	ระยะห่างระหว่างเข็ม	เข็มกระตุ้น* (เต็มโดส)
ผู้ที่มีอายุ 5 – 6 ปี	Pfizer ฝาสีส้ม	8 สัปดาห์	Pfizer ฝาสีส้ม	ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป	Pfizer ฝาสีส้ม
ผู้ที่มีอายุ 6 – 11 ปี	Pfizer ฝาสีส้ม	8 สัปดาห์	Pfizer ฝาสีส้ม		Sinovac / Pfizer ฝาสีส้ม
	Sinovac	4 สัปดาห์	Pfizer ฝาสีส้ม		

กรณีเคยติดเชื้อโควิด 19
ไม่เคยได้รับวัคซีน

	ระยะห่าง	เข็มกระตุ้น* (เต็มโดส)
ผู้ที่มีอายุ 5 – 6 ปี	ติดเชื้อ	Pfizer ฝาสีส้ม
ผู้ที่มีอายุ 6 – 11 ปี		Sinovac /Pfizer ฝาสีส้ม

ได้รับวัคซีนแล้ว 1 เข็ม

	เข็มที่ 1	ระยะห่าง	เข็มกระตุ้น* (เต็มโดส)
ผู้ที่มีอายุ 5 – 6 ปี	Pfizer ฝาสีส้ม	ติดเชื้อ	Pfizer ฝาสีส้ม
ผู้ที่มีอายุ 6 – 11 ปี	Pfizer ฝาสีส้ม		Sinovac / Pfizer ฝาสีส้ม
	Sinovac		

ได้รับวัคซีนแล้ว 2 เข็ม

	เข็มที่ 1	ระยะห่างระหว่างเข็ม	เข็มที่ 2	ระยะห่าง	เข็มกระตุ้น
ผู้ที่มีอายุ 5 – 6 ปี	Pfizer ฝาสีส้ม	8 สัปดาห์	Pfizer ฝาสีส้ม	ติดเชื้อ	ยังไม่แนะนำ (เนื่องจากได้รับการกระตุ้น ภูมิคุ้มกันจากการติดเชื้อ)
ผู้ที่มีอายุ 6 – 11 ปี	Pfizer ฝาสีส้ม	8 สัปดาห์	Pfizer ฝาสีส้ม		
	Sinovac	4 สัปดาห์	Pfizer ฝาสีส้ม		

หมายเหตุ *แผนภาพระบุเฉพาะวัคซีนภาครัฐในขณะนี้ อย่างไรก็ตามสามารถพิจารณาให้วัคซีนได้ทุกชนิดและขนาดที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในประเทศไทยตามช่วงอายุ

2. แผนบริหารจัดการวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นสำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี

ขอให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานอนามัย กทม. สืบหาความต้องการวัคซีนเข็มกระตุ้นสำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี และแจ้งเบิกวัคซีนไปยังกรมควบคุมโรค ผ่านทาง google form <https://bre.is/HnrftP5G> ภายในวันที่ 24 สิงหาคม 2565 เพื่อให้กรมควบคุมโรคจัดส่งวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นสำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี ต่อไป กรณีไม่สามารถดำเนินการได้ทันเวลา สามารถเบิกวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นสำหรับเด็กได้ ตามระบบเบิกวัคซีนโควิด 19 รอบปกติของกรมควบคุมโรคและกองตรวจราชการ

หากมีกลุ่มเป้าหมายที่ยังไม่ได้รับวัคซีน ประสงค์จะรับวัคซีนเข็มที่ 1 หรือเข็มที่ 2 คณะกรรมการโรคติดต่อจังหวัด/กรุงเทพมหานครสามารถพิจารณาให้บริการได้ตามที่เห็นสมควร ตามแนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี ฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565

ทั้งนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานอนามัย กทม. สามารถบริหารจัดการวัคซีนที่มีอยู่ในพื้นที่ได้ตามบริบทความเหมาะสม โดยวัคซีน Sinovac จะหมดอายุในวันที่ 30 กันยายน 2565 และวัคซีน Pfizer ฝาสีส้ม จะหมดอายุในวันที่ 31 ธันวาคม 2565

หมายเหตุ: ข้อมูลวันหมดอายุของวัคซีนที่ระบุข้างต้น เป็นข้อมูล ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2565 ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลการหมดอายุของวัคซีนอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ จึงขอให้ติดตามการขยายอายุวัคซีนอย่างใกล้ชิด และบริหารจัดการวัคซีนอย่างมีประสิทธิภาพ

3. ระยะเวลาดำเนินการ

3.1 ผ่านระบบสถานศึกษา ดำเนินการฉีดเข็มกระตุ้นได้สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี ได้ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน 2565 เป็นต้นไป

3.2 ผ่านระบบสถานพยาบาล ดำเนินการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นได้เมื่อมีความพร้อม หรือตามบริบทของแต่ละพื้นที่

ทั้งนี้ขอให้ดำเนินการให้บริการวัคซีนเข็มกระตุ้นให้เสร็จสิ้นโดยเร็วเพื่อเตรียมความพร้อมในการเปิดภาคเรียนที่ 2/2565 และขอให้วางแผนการฉีดวัคซีนให้ครบทุกโดสก่อนที่วัคซีนจะหมดอายุเป็นสำคัญ

4. พื้นที่ดำเนินการ

ดำเนินการใน 76 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร

5. รายละเอียดการบริหารจัดการโดยทั่วไป

สามารถศึกษาได้จากแนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 (ไฟเซอร์ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) สำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี ฉบับวันที่ 28 มกราคม 2565 โดยสามารถดาวน์โหลดเอกสาร ผ่านเว็บไซต์กรมควบคุมโรค https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=12219 และแนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี ฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 โดยสามารถดาวน์โหลดเอกสาร ผ่านเว็บไซต์กรมควบคุมโรค https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=12328

6. แบบสำรวจความประสงค์การได้รับวัคซีน (ภาคผนวกที่ 1-4)

7. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง (ภาคผนวกที่ 5)

8. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี (ภาคผนวกที่ 6)

9. ตัวอย่างหนังสือแจ้งการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นสำหรับนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี (ภาคผนวกที่ 7)

ในกรณีที่เด็กที่ยังไม่ได้รับวัคซีน และประสงค์จะรับวัคซีนเข็มที่ 1 หรือเข็มที่ 2 ขอให้ใช้เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครอง แบบคัดกรองก่อนรับบริการ และตัวอย่างหนังสือแจ้งการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น ทั้งในระบบสถานศึกษาและระบบสถานพยาบาล ตามแนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในเด็กอายุ 5-11 ปี ฉบับวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 โดยสามารถดาวน์โหลดเอกสาร ผ่านเว็บไซต์กรมควบคุมโรค https://ddc.moph.go.th/dcd/journal_detail.php?publish=12328



แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19
(ไฟเซอร์ ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก)
สำหรับเด็กอายุ ๕ - ๑๑ ปี



แนวทางการให้บริการวัคซีนโควิด 19
สำหรับเด็กอายุ ๕ - ๑๑ ปี
(ฉบับวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕)

ภาคผนวกที่ 1 แบบสำรวจความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี จำแนกรายชนิดวัคซีน รายห้องเรียน

แบบสำรวจความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี จำแนกรายชนิดวัคซีน รายห้องเรียน

ชื่อโรงเรียน..... ชั้น..... ห้อง.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้อาจารย์ประจำชั้นสำรวจข้อมูลความประสงค์ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นสำหรับเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี แต่ละห้องเรียน

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	หมายเลขบัตรประชาชน/ หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างชาติ)	วัน/เดือน/ปีเกิด	อายุ (ปี)	ความประสงค์รับวัคซีน			หมายเหตุ
					Sinovac	Pfizer ฝาสีส้ม	ไม่ประสงค์รับวัคซีน	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
	จำนวนรวม							

หมายเหตุ: 1. ความประสงค์การขอรับวัคซีน พิจารณาจากเอกสารแสดงความประสงค์ขอรับการฉีดวัคซีนจากผู้ปกครองนักเรียน

2. ขอให้เก็บเอกสารฉบับนี้ไว้ ณ สถานศึกษา

ภาคผนวกที่ 2 แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา

แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา

ชื่อโรงเรียน.....

สังกัด..... จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้โรงเรียนสรุปจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนของสถานศึกษา

ลำดับ	ระดับชั้น	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	ความประสงค์รับวัคซีน (คน)			หมายเหตุ
			Sinovac	Pfizer ฝาสี่ส้ม	ไม่ประสงค์รับวัคซีน	
1	อ.1 หรือ.....					
2	อ.2 หรือ.....					
3	อ.3 หรือ.....					
4	ป.1 หรือ.....					
5	ป.2 หรือ.....					
6	ป.3 หรือ.....					
7	ป.4 หรือ.....					
8	ป.5 หรือ.....					
9	ป.6 หรือ.....					
	จำนวนรวม					

ภาคผนวกที่ 3 แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา รายจังหวัด

แบบสรุปจำนวนเด็กนักเรียน อายุ 5-11 ปี ที่มีความประสงค์ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น จำแนกรายชนิดวัคซีน รายสถานศึกษา รายจังหวัด
จังหวัด.....

คำชี้แจง ขอให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องรวบรวมจำนวนนักเรียนทั้งหมดที่ประสงค์รับวัคซีนรายโรงเรียนและกำหนดชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการฉีดวัคซีน

ลำดับ	อำเภอ/เขต	ชื่อโรงเรียน	สังกัด	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	ความประสงค์รับวัคซีน (คน)			หมายเหตุ
					Sinovac	Pfizer ฝาสีส้ม	ไม่ประสงค์รับวัคซีน	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
	จำนวนรวม							

ภาคผนวกที่ 4 แบบเบิกวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็ก อายุ 5-11 ปี รายจังหวัด

แบบเบิกวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็ก อายุ 5-11 ปี รายจังหวัด

คำชี้แจง ขอให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องรวบรวมจำนวนวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นสำหรับเด็กอายุ 5-11 ปี

ลำดับ	เขตสุขภาพ	จังหวัด	จำนวนนักเรียนทั้งหมด (คน)	จำนวนนักเรียนที่มีความประสงค์รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (คน)	วัคซีนที่ขอเบิก (โดส)		หมายเหตุ
					Sinovac	Pfizer ฝาสีส้ม	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
	จำนวนรวม						

หมายเหตุ ขอให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักอนามัย กทม. สํารวจความต้องการวัคซีนเข็มกระตุ้น
สำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี และแจ้งเบิกวัคซีนไปยังกรมควบคุมโรค ผ่านทาง google form
<https://bre.is/HnrftP5G> ภายในวันที่ 24 สิงหาคม 2565

ภาคผนวกที่ 5 เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้เด็กได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น



เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้เด็กได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น

สิงหาคม 2565

ส่วนที่ 1 : ข้อควรรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 และวัคซีนโควิด 19

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสซาร์สโควี-2 (SARS-CoV-2) ซึ่งติดต่อกับการสัมผัสกับละอองฝอยของน้ำลาย เสมหะ น้ำมูก ของผู้ติดเชื้อ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อจนถึงเริ่มมีอาการป่วยประมาณ 2 - 14 วัน อาการของโรคมั้ตั้งแต่ไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไอ จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส และอาจจะรุนแรงจนเกิดการปอดอักเสบและเสียชีวิตได้

อาการป่วยในเด็กที่ติดเชื้อโควิด 19 อาจไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย เช่น ไข้ ไอ ปวดกล้ามเนื้อ สามารถรักษาหรือหายเองได้ โดยอาจเกิดการอักเสบหลายระบบหรือ มิสซี (Multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C)) หลังจากหายป่วยแต่พบได้น้อยมาก

ความสำคัญของวัคซีนโควิด 19

เนื่องด้วยเด็กอาจไม่เคร่งครัดในการใส่หน้ากากอนามัย เว้นระยะห่าง หมั่นล้างมือในเวลาเรียน เวลาเล่น หรือทำกิจกรรมอยู่รวมกัน ดังนั้น การฉีดวัคซีนในเด็กอายุตั้งแต่ 5 ถึง 11 ปี จึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันสูงเพียงพอที่จะป้องกันโควิด 19

วัคซีนโควิด 19 สำหรับเด็กอายุ 5 - 11 ปี (ครอบคลุมถึงอายุ 11 ปี 11 เดือน 29 วัน)

วัคซีนโควิด 19 ที่สามารถฉีดได้ในเด็กอายุตั้งแต่ 5 - 11 ปี ที่กระทรวงสาธารณสุขให้บริการ คือ วัคซีนไฟเซอร์ (ไฟเซอร์-BioNTech) ผลิตจากสารพันธุกรรม หรือ เอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA) สำหรับการฉีดในเด็กอายุ 5 - 11 ปี ตามขนาดและข้อบ่งใช้ที่กำหนด (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) และวัคซีนซิโนแวค เป็นวัคซีนชนิดเชื้อตาย สำหรับการฉีดในเด็กอายุ 6 ปีขึ้นไป ซึ่งได้รับการขึ้นทะเบียนจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาของประเทศไทย เป็นวัคซีนที่มีประสิทธิภาพ ความปลอดภัยสูง สามารถป้องกันการเจ็บป่วยและช่วยลดความรุนแรงของโรคได้ จากผลการศึกษาในระดับภูมิคุ้มกันในเด็กที่ได้รับวัคซีนพบว่ามึระดับภูมิคุ้มกันลดต่ำลงภายหลังได้รับวัคซีนเข็มที่ 2 เป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป

อาการข้างเคียงหลังฉีดวัคซีน ส่วนมากอาการไม่รุนแรงและหายไปเองใน 1 - 2 วัน โดยอาจพบอาการ เช่น ไข้ หนาวสั่น ปวด บวม รอยแดง บริเวณที่ฉีด ปวดหัว ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย จึงจำเป็นต้องสังเกตอาการหลังการฉีดอย่างน้อย 30 นาที ในสถานพยาบาลหรือสถานที่ฉีดวัคซีนเสมอ

สิ่งที่ควรปฏิบัติหลังฉีดวัคซีน แนะนำให้งดออกกำลังกายหรือกิจกรรมการเล่นอย่างหนักเป็นระยะเวลา 7 วัน เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหากเกิดกล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และถ้าเด็กมีอาการภายหลังได้รับวัคซีนที่รุนแรง เช่น อาการใจสั่น เจ็บหน้าอก หายใจไม่อึม หอบเหนื่อย ให้รีบไปพบแพทย์ทันที หรือ โทร 1669 เพื่อรับบริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน

ส่วนที่ 2 : เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองให้บุตรหลานฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น

ข้าพเจ้า ชื่อ - นามสกุล.....หมายเลขโทรศัพท์ (ผู้ปกครอง)

ผู้ปกครองของ.....มีความสัมพันธ์เป็น.....

ที่อยู่.....หมู่ที่.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

หมายเลขโทรศัพท์ของนักเรียน (ถ้ามี)

ชื่อ-นามสกุล (นักเรียน)..... อายุ.....ปี วัน/เดือน/ปีเกิด.....

เลขประจำตัว 13 หลัก/หมายเลขหนังสือเดินทาง (กรณีชาวต่างประเทศ)..... สัญชาติ.....

ชื่อสถานศึกษา.....ชั้น.....ห้อง.....

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลและได้ซักถามรายละเอียดจนเข้าใจเกี่ยวกับวัคซีนและอาการไม่พึงประสงค์ของวัคซีนที่อาจเกิดขึ้น เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

- ข้าพเจ้า
- ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนไฟเซอร์ (ฝาสีส้มสูตรสำหรับเด็ก) เข็มกระตุ้น ห่างจากเข็มที่ 2 หรือหลังจากติดเชื้อ เป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป
 - ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนซิโนแวค เข็มกระตุ้น ห่างจากเข็มที่ 2 หรือหลังจากติดเชื้อ เป็นระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป
 - ไม่ประสงค์ให้บุตรหลาน ฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น
สาเหตุ (ถ้ามี).....
และขอรับรองว่าข้อมูลเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้แนบเอกสารนี้แสดงแก่ครูประจำชั้นและเจ้าหน้าที่ให้บริการในวันที่ฉีดวัคซีน

ภาคผนวกที่ 6 แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็ก ที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี



แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็ก ที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี

คำชี้แจง ขอให้ผู้ปกครอง กรุณากรอกข้อมูลโดยทำเครื่องหมาย ในช่องว่างตามความจริง เพื่อเจ้าหน้าที่จะได้พิจารณาว่า นักเรียนสามารถฉีดวัคซีนได้หรือไม่

1	ประวัติการได้รับวัคซีนโควิด 19 หรือการติดเชื้อโควิด 19		
1.1	ไม่เคยได้รับวัคซีน และติดเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
1.2	เคยได้รับวัคซีน 1 เข็ม และติดเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
1.3	เคยได้รับวัคซีน 2 เข็ม และไม่เคยติดเชื้อโควิด 19	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
2	เด็กเคยมีประวัติแพ้ วัคซีนโควิด 19 หรือส่วนประกอบของวัคซีนโควิด 19 หรือมีปฏิกิริยาจากการฉีดครั้งก่อนอย่างรุนแรง (พิจารณาให้วัคซีนโควิด 19 ชนิด อื่นแทน)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
3	เด็กมีโรคประจำตัวที่รุนแรงที่อาการยังไม่คงที่ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ เช่น โรคหัวใจ โรคทางระบบประสาท และโรคอื่น ๆ ที่เพิ่งจะมีอาการกำเริบ ยกเว้นแพทย์ผู้ดูแลเป็นประจำได้ประเมินแล้วว่าให้วัคซีนได้ (ผู้ที่มีโรคประจำตัวเหล่านี้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับวัคซีน)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
4	เด็กมีความเจ็บป่วยที่ต้องอยู่ในโรงพยาบาลหรือเพิ่งออกจากโรงพยาบาลมาไม่เกิน 14 วัน (ยกเว้นแพทย์ให้ความเห็นว่าสามารถรับวัคซีนได้)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
5	เด็กกำลังมีอาการป่วยไม่สบายใด ๆ (ควรรักษาให้หายป่วยก่อน)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>
6	เด็กมีความกังวลใจมากในการรับวัคซีนโควิด 19 (ขอให้รับคำปรึกษาจากแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อทำความเข้าใจ และคลายความกังวลก่อนรับวัคซีนโควิด 19)	<input type="checkbox"/>	ใช่ <input type="checkbox"/>

ทั้งนี้ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม

(.....)

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ : ขอให้นำเอกสารนี้แสดงแก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ในวันที่ฉีดวัคซีน

วัคซีนไฟเซอร์ (ฟาสีสัมสูตรสำหรับเด็ก) ได้รับการขึ้นทะเบียนให้ฉีดในเด็กอายุ 5 ปี ถึง ไม่เกิน 12 ปี

วัคซีนซิโนแวค ได้รับการขึ้นทะเบียนให้ฉีดในเด็กอายุตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไป

ข้อมูล ณ วันที่ 10 สิงหาคม 2565

ภาคผนวกที่ 7 ตัวอย่าง หนังสือแจ้งการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี



ที่

โรงเรียน.....

สิงหาคม 2565

เรื่อง ขออนุญาตฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี

เรียน ท่านผู้ปกครอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. เอกสารแสดงความประสงค์ของผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น

จำนวน 1 ชุด

2. แบบคัดกรองก่อนรับบริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับเด็ก ที่มีอายุ 5 ถึง 11 ปี

จำนวน 1 แผ่น

ด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบันได้มีการระบาดอย่างต่อเนื่อง และส่งผลกระทบต่อในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยจึงมีนโยบายให้วัคซีนโควิด 19 เพื่อลดความรุนแรงและการเสียชีวิตจากการป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในสถานศึกษา

เนื่องจากโรงพยาบาล.....จะให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้น สำหรับนักเรียนที่มีอายุ 5 ปี ถึง 11 ปี ในวันที่ เวลา จึงเรียนมาเพื่อขอความร่วมมือจากท่านผู้ปกครองในการแจ้งความประสงค์ให้บุตรหลานของท่านได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 เพื่อสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคโควิด 19 โดยให้ตอบกลับความประสงค์มายังครูประจำชั้น ภายในวันที่..... รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ผู้อำนวยการ

ผู้ประสานงาน : ครู.....

โทร.